【お申込みフォーム】

車両購入希望の方は下記の内容についてご記入の上、
石川県医師協同組合　FAX　**076-239-4145**へFAXをご送信ください。

申込日	20　　年　　月　　日
フリガナ	
ご 氏 名	
ご 住 所	
医療機関名	
ご連絡先	1. 携帯電話　2. 自宅　3. 勤務先　4. その他（　　）
TEL	（　　）　　－
連絡可能時間帯	（　　：　　～　　：　　）
申込内容	希望車種 車種名：（　　） 車体色：（　　） タイプ　：（　　）
	購入資金は　□ 自己資金 □ 石川県医師信用組合のローン紹介希望する(※) ※ 医師協同組合の紹介を通していただくと金利が1.00%→0.90%（0.1%優遇金利）になります。 ※ 医師信用組合員に限ります。
	車両下取査定　□ 希望する　□ 希望しない
備 考 ご質問事項等があればご記入ください。	

● 石川県医師協同組合員以外の医師の方でも、ご利用いただけます。

● 石川県医師信用組合のオートローンをご希望される方、まずは石川県医師協同組合までご連絡ください。

≪重要≫個人情報の取り扱いについて
本お申込みフォーム記載の個人情報は、自動車購入、各種保険のご提案、ローンのご案内等に利用する他、自動車販売会社、自動車メーカー等に提供を行います。お申込みの方は、上記に関する同意をご確認の上、ご記入ください。

……医協 ・ 信組使用欄……

医協　受付日 ⇒	信組　受付日 ⇒	信組　実行日 ⇒	医協　確認日
責任者印	責任者印	責任者印	責任者印